

# **A relação entre a preparação para a parentalidade no terceiro trimestre de gravidez e os níveis de atividade física das gestantes**

Mariana Leite<sup>1</sup>

Paula Clara Santos<sup>1</sup>

Sandra Abreu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ESTSP- Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

<sup>2</sup>FADEUP- Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

## **Resumo**

**Introdução:** A atividade física (AF) parece ter um impacto positivo na saúde física e mental durante a gravidez, nascimento e puerpério, sendo que os programas de preparação para a parentalidade (PPP) poderão ser fundamentais para o seu suporte e estimulação.

**Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi avaliar a relação entre a preparação para a parentalidade no 3º trimestre de gravidez e os níveis de AF da gestante. Especificamente pretendeu-se verificar a relação entre as características sociodemográficas das gestantes, os níveis de ansiedade e o PPP.

**Métodos:** Efetuou-se um estudo transversal analítico onde se utilizaram duas amostras. Uma constituída por 42 gestantes que frequentaram o PPP no CHTS (GPP) e outra por 41 gestantes do HSJ que não frequentou (GNPP). A cada gestante foi pedido que preenchessem 3 questionários (caraterização sociodemográfica e saúde obstétrica, Questionário de Atividade Física para gestantes-PPAQ e Escala de ansiedade de Zung), administrados, individualmente, por um Fisioterapeuta.

**Resultados:** Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente ao score da AF total ( $p=0,615$ ), contudo, o GPP apresentou um número superior de gestantes que praticava desporto organizado durante a gravidez ( $p=0,016$ ) comparativamente ao GNPP. Relativamente à intensidade da AF, verificou-se que o GPP apresentava uma prática maior de AF vigorosa ( $p=0,023$ ). No que diz respeito ao tipo de AF, o GPP apresentou um número superior de gestantes a praticar AF desportiva ( $p<0,001$ ) enquanto no GNPP se verificou uma maior AF ocupacional ( $p=0,002$ ). Relativamente às caraterísticas sociodemográficas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à idade ( $p<0,001$ ), paridade ( $p<0,001$ ) e nível educacional ( $p<0,001$ ). No que respeita aos níveis de ansiedade não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (GPP vs GNPP  $p=0,916$ ).

**Conclusão:** No GPP um maior número de gestantes praticava atividade física desportiva e de intensidade vigorosa. Verificaram-se diferenças entre os dois grupos no que diz respeito à idade, paridade e nível educacional. Não se verificou associação entre o PPP e os níveis de ansiedade durante este período.

**Palavras-Chave:** Atividade Física, Gravidez, Programa de Preparação para a Parentalidade, Ansiedade;

## **Abstract**

**Background:** Physical activity (PA) seems to have a positive impact in physical and mental health during pregnancy, birth and puerperium, and preparation programs for parenting (PPP) seems to be fundamental for its support and stimulation.

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate the relationship between the preparation for parentality in the third trimester and the levels of pregnant PA. The specific objectives were to verify the relationship between the socio-demographic characteristics, anxiety of pregnant women and preparation for parentality.

**Methods:** We conducted a cross sectional study with two samples. The first was made up of a group of 42 pregnant women who attended the PPP in CHTS (GPP), and the second by a group of 41 pregnant women of HSJ who not attended (GNPP). Each one of the samples was asked to complete 3 questionnaires (socio-demographic characterization and obstetric health, Pregnant Physical Activity Questionnaire-PPAQ and Zung Anxiety Scale). These were individually administered by a physical therapist.

**Results:** There were no differences between groups according to total PA score ( $p=0,615$ ), although the GPP presented a higher number of pregnant women who practiced organized sport during this period ( $p= 0,016$ ). In relation to the intensity of the PA, it was found that the GPP featured a larger practice of vigorous PA ( $p=0,023$ ). As regards the type of PA, the GPP has a higher number of pregnant women who practice sports ( $p<0,001$ ) while in GNPP the occupational PA was greater ( $p=0,002$ ). According to socio-demographic characteristics, there were statistic significant differences between groups in age ( $p<0,001$ ), educational level ( $p<0,001$ ) and parity ( $p<0,001$ ). Regarding to levels of anxiety there were no statistically significant differences between the two groups (GPP vs GNPP  $p=0,916$ ).

**Conclusion:** In PPG a largest number of PW practiced sports and PA of vigorous intensity. We observed differences between two groups in age, educational levels and parity. There is no association between PPP and the levels of anxiety during this period.

**Key words:** Physical Activity, Pregnancy, Preparation Programs for Parenting, Anxiety;

## 1 Introdução

A gravidez é um acontecimento de grande importância no desenvolvimento global da mulher, envolvendo alterações a nível físico, social e emocional (Renkert & Nutbeam, 2006), impondo uma necessidade de reestruturação e reajustamento em aspetos biomecânicos, psicológicos e socioeconómicos, o que justifica a presença de um certo nível de ansiedade. É um momento de transição que pode levar a profundas alterações emocionais contrariando os sentimentos esperados pela futura mãe. (Consonni, Calderon, Consonni, De Conti, Prevedel & Rudge, 2010).

A evidência de estudos científicos aponta a importância da prática de atividade física (AF) na promoção da saúde e da qualidade de vida (QV) bem como na prevenção e controlo de várias doenças sendo, geralmente, associada a baixa morbilidade e mortalidade e, também, a um bem-estar psicológico (Schlussel, Souza, Reichenheim & Kac, 2008 & Hegaard, Damm, Hedegaard, Henriksen, Ottesen, Dykes & Kjaergaard, 2011). A AF pode ser definida como qualquer movimento produzido pela musculatura corporal que resulte num aumento considerável da energia produzida em repouso seja em casa, trabalho ou lazer (Bouchard & Shephard, 1993).

No entanto, a maioria das mulheres parece reduzir o tempo dedicado à AF durante a gravidez, sendo observado um declínio na sua intensidade, bem como a cessação de atividades desportivas vigorosas. O desconforto da gravidez e o medo de fazer mal ao feto são algumas das razões referidas para a redução da mesma. Por outro lado, encontra-se também descrito que mulheres inativas antes da gravidez, começam a praticar AF durante este período (Hegaard et al, 2011).

A partir dos anos 90, admitiu-se haver um efeito positivo em praticar AF moderada durante a gravidez desde que não houvesse condições adversas específicas tais como hipertensão arterial, ruptura de membranas, risco de parto prematuro, sangramento e alteração do crescimento intra-uterino. Anteriormente, as gestantes eram aconselhadas a reduzir as suas atividades e mesmo a interromper a sua atividade laboral, principalmente, no último trimestre (Melzer, Schutz, Soehnchen, Girard, De Tejada, Irion, Boulvain & Kayser, 2010).

Seguindo as normas recomendadas pelo *American College of Sports Medicine* (ACSM), as gestantes devem praticar AF moderada durante trinta minutos, cinco vezes por

semana, que terá de ser adaptada às mudanças fisiológicas associadas à gravidez (Ezmerli, 2000).

A ACSM reconhece que a prática de AF durante a gravidez parece atuar no controlo de ganho de peso neste período e no pós-parto, especialmente, quando as necessidades nutricionais estão adequadas (Kac, 2001). Numa revisão da literatura, Gunderson & Abrams (1999) demonstraram que o aumento de peso durante a gestação exerce influência nas mudanças de peso no pós-parto e no desenvolvimento da obesidade.

Parece haver um consenso de que a manutenção de AF moderada durante uma gravidez, sem complicações, leva a numerosos benefícios para a saúde da mulher e feto (Kac, 2011). De salientar a redistribuição circulatória levando a concentração de sangue do útero e placenta para a extremidades, a redução ou prevenção da dor lombar promovendo uma postura correta da grávida face à hiperlordose que, frequentemente, surge durante a gestação em função da expansão do útero na cavidade abdominal e consequente, desvio do centro gravitacional (Kac, 2011), prevenção da retenção de líquidos, da sobrecarga cardiovascular, diminuição da pressão arterial, do risco de diabetes gestacionais, prevenção de trombozes e veias varicosas (Hegaard et al, 2011), aumento da auto-estima, da satisfação com a aparência e diminuição do risco de depressão pós-parto (Schlussel, Souza, Reichenheim & Kac, 2008).

A AF parece diminuir a intensidade da dor durante o trabalho de parto, contribuindo para que as grávidas fisicamente ativas o tolerem melhor, principalmente nos mais prolongados (Schlussel, Souza, Reichenheim & Kac, 2008).

Levando em consideração que as grávidas devem ser encorajadas a manter um estilo de vida ativo nesta fase, estudos científicos acerca da AF durante a gravidez e seus benefícios na saúde materna (SM) aumentaram substancialmente na última década (Schlussel, Souza, Reichenheim & Kac, 2008).

No entanto, a prática de AF parece estar diretamente relacionada com os padrões socio-económicos, sendo que um padrão mais elevado corresponde a uma prática superior de AF durante o tempo de lazer. O nível educacional pode afetar a percepção acerca dos benefícios da AF, bem como o tipo de trabalho (por conta de outrem ou por conta própria) e os recursos financeiros disponíveis para a prática da mesma (Cleland, Ball & Crawford, 2012).

Tendo em atenção todos estes factores bem como pelo facto das grávidas e, principalmente, as primíparas, serem providas de uma vasta quantidade de informação, muitas vezes desadequada, surge a necessidade da criação de programas de preparação para a parentalidade (PPP). Estes, baseados no conceito de literacia para a educação em saúde, começam a focar-se no desenvolvimento de capacidades de fazer escolhas. Para isso, é necessário que as grávidas tenham acesso à informação e sejam capazes de a usar efectivamente (empowerment), (Renkert & Nutbeam, 2006).

Os PPP tornaram-se uma rotina para as grávidas e seus companheiros nos países desenvolvidos com o objetivo de fornecer saúde física e mental durante a gravidez, parto e puerpério. (Renkert & Nutbeam, 2006) O conteúdo das sessões contribui para a gestão e tomada de decisões, durante esta fase, principalmente nas primíparas que estão mais sujeitas a um aumento de tensão e ansiedade pelo “medo do desconhecido” (Consonni, Calderon, Consonni, De Conti, Prevedel & Rudge, 2010).

Não existem normas padronizadas para os PPP, pelo que variam de acordo com o profissional de saúde, patrocínios, objetivos e conteúdo focado. Cada hospital, clínica ou profissional de saúde define o programa de acordo com as necessidades sendo que a maioria está de acordo com as recomendações da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG). (Renkert & Nutbeam, 2006)

Os PPP são, normalmente, orientados por enfermeiras e/ou fisioterapeutas, que incentivam as gestantes a explorar o conteúdo dos mesmos (Renkert & Nutbeam, 2006).

Existe pouca evidência científica acerca do efeito dos PPP na AF e ansiedade. No entanto, encontra-se descrito que estão associados benefícios no momento do parto e uma experiência positiva na parentalidade, sendo valorizados tanto pelos profissionais de saúde como pelos futuros pais como um fator importante para adquirir resultados positivos em saúde para a grávida e para o bebé. No entanto, o efeito destes na saúde e comportamentos em saúde ainda não estão claramente demonstrados (Turan & Say, 2003).

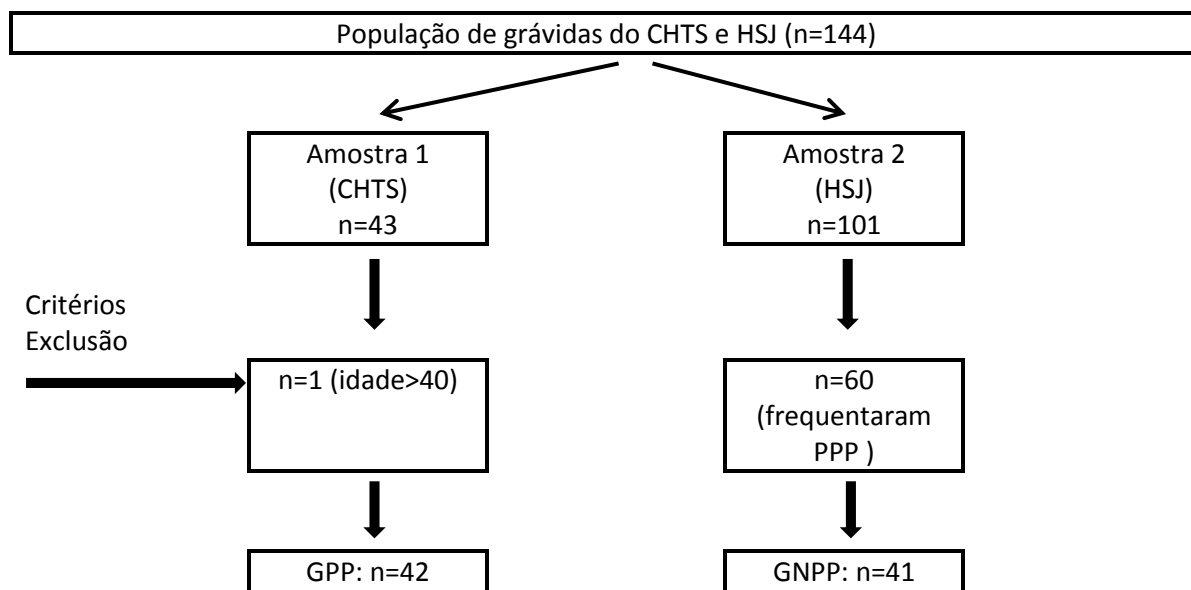
Escassos, também, são os estudos científicos que referem a AF como um dos tópicos a abordar nos PPP como factor promotor de saúde da grávida e do bebé não só na gravidez como posteriormente. Este estudo torna-se pertinente pelo facto de analisar a relação entre os níveis de AF, ansiedade e a preparação para a parentalidade.

O objetivo principal do presente estudo foi verificar se existe relação entre a preparação para a parentalidade no 3º trimestre de gravidez e os níveis de AF da grávida. Especificamente, pretendeu-se saber se existe alguma associação entre o PPP e as características sociodemográficas das gestantes bem como com os níveis de ansiedade neste período.

## 2 Metodologia

### 2.1 Amostra

Este estudo, transversal analítico, utilizou duas amostras. A amostra 1 foi selecionada a partir do PPP (grupo de mulheres preparadas - GPP), na consulta de SM do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), durante o período compreendido entre 16 de Setembro de 2009 a 26 de Janeiro de 2011. A amostra 2 foi selecionada a partir das consultas de obstetrícia do Hospital de São João (HSJ) aquando da avaliação ecográfica do 3º trimestre (grupo de mulheres não preparadas- GNPP) no período de 21 de Dezembro de 2010 a 13 de Agosto de 2012 (Figura 1).



**Figura 1:** Diagrama de selecção da amostra

Foram incluídas mulheres entre os 20 e os 40 anos que, durante o período referido, se encontravam com 29 ou mais semanas de gestação, considerado 3º trimestre de gravidez. As gestantes pertencentes ao GPP assistiram pelo menos a 6 sessões do PPP. Foram excluídas as gestantes que não revelavam domínio da língua portuguesa ou capacidade cognitiva de responder a um questionário ou cuja gravidez fosse considerada de

risco, apresentado fatores como diabetes, hipertensão, doença cardíaca ou crónica (Chasan-Taber et al., 2004; Ota et al., 2008) (figura 1).

Da amostra 2 foram excluídas 60 mulheres que frequentaram o PPP e 1 mulher da amostra 1 que tinha idade superior a 40 anos (figura 1).

De salientar que este estudo é parte integrante de um mais abrangente designado como “*Níveis de Atividade Física ao Longo da Gravidez e sua Influência no Estado Físico e Psicológico da Mulher e nos Factores Morfo-funcionais da Criança no Primeiro Ano de Vida*”.

## 2.2 Instrumentos

Tendo por base a evidência científica, foi utilizado neste estudo um questionário estruturado de aplicação direta onde se procedeu à recolha dos dados pessoais, sociodemográficos, estado de saúde durante a gravidez e anteriormente a esta e, história obstétrica, necessários para a caracterização da amostra. A validade de conteúdo foi efetuada por um painel de peritos na área cujas opiniões serviram para efectuar as alterações necessárias aos questionários originais e criar a versão final do instrumento a ser utilizada (Gil, 2011).

O Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional foi calculado através dos valores da altura e peso pré-gestacional reportados por auto-referência no questionário, segundo a fórmula  $IMC = peso(kg)/altura^2(m^2)$ . Posteriormente, o IMC foi categorizado de acordo com as *guidelines* de 2009 do *Institute of Medicine* (IOM) em baixo peso ( $<18,5$  kg/m<sup>2</sup>), peso normal ( $18,5 - 24,9$  kg/m<sup>2</sup>), excesso de peso ( $25,0 - 29,9$  kg/m<sup>2</sup>) e obesidade ( $\geq 30,0$  kg/m<sup>2</sup>). Como havia apenas uma grávida do GPP que se encontrava na categoria de baixo peso, foi colocada na categoria peso normal.

Relativamente ao *estatuto profissional*, as participantes foram divididas em três categorias: empregadas, desempregadas e estudantes. Para a variável *nível educacional*, foram divididas em três categorias de acordo com o sistema educativo existente em Portugal: inferior ( $\leq 9^\circ$  ano), secundário ( $10^\circ$  ao  $12^\circ$  ano) e superior ou universitário ( $>12^\circ$  ano). De acordo com o *número de gestações*, as mulheres foram consideradas primigestas se estavam na sua primeira gestação e multigestas se tiveram previamente alguma gestação.

Os níveis de AF foram determinados recorrendo ao *Questionário de Actividade Física para Gestantes* (PPAQ), um questionário de auto-relato que permite avaliar o tipo, duração, frequência e intensidade da AF realizada por gestantes. As inquiridas seleccionam a opção que melhor se aproxima da quantidade de tempo despendido, por dia ou semana, durante o trimestre em causa, em diferentes atividades. As opções variam entre 0 a 6 ou mais horas por dia e entre 0 a 3 ou mais horas por semana. No final do questionário, uma secção de resposta aberta permite às inquiridas adicionar atividades não referidas anteriormente e respectivo tempo despendido em cada uma delas. As atividades encontram-se classificadas segundo a intensidade – sedentária (<1,5 METs), baixa (1,5-3,0 METs), moderada (3,0-6,0 METs) ou vigorosa (>6,0 METs) – e, segundo o tipo – domésticas, ocupacionais, desportivas, lazer e deslocação. Posteriormente, o tempo reportado em cada atividade é multiplicado pela respetiva intensidade, de forma a atingir uma medida da média da energia despendida semanalmente (MET-h/wk<sup>1</sup>) (Chasan-Taber, Schmidt, Roberts, Hosmer, Markenson, & Freedson, 2004).

O PPAQ foi validado por Chasan-Taber et al. (2004) recorrendo a uma amostra de 54 gestantes, utilizando como medida de comparação um acelerómetro uniaxial. Apresenta coeficientes de correlação intra-classe (ICC) de 0,78 para atividade total, 0,82 para atividade moderada, 0,81 para atividade vigorosa, e que variam entre 0,83 e 0,93 para atividades desportivas e ocupacionais (Chasan-Taber, Schmidt, Roberts, Hosmer, Markenson, & Freedson, 2004). Valores de ICC superiores a 0,75 indicam boa fiabilidade (Portney & Watkins, 1993).

Para medir os níveis de ansiedade recorreu-se à Escala de Zung (Zung, 1971). Esta é constituída por 20 afirmações com 4 hipóteses de resposta a cada questão. O score total está compreendido entre 20 e 80. Os valores mais altos correspondem a estados piores de ansiedade. Um score total de 40 ou superior sugere a existência de ansiedade. Esta escala foi traduzida e validada para a língua Portuguesa (Serra, Ponciano & Relvas, 1982).

---

<sup>1</sup> MET-h/wk corresponde ao gasto energético em equivalentes metabólicos (MET), despendido por hora (h), durante uma semana (wk).



## **2.3 Procedimentos**

### **2.3.1 Estudo Piloto**

A recolha de dados foi precedida de um estudo piloto, realizado numa amostra de 14 gestantes do Hospital Geral de Santo António, no Porto, com o objetivo de verificar a operatividade dos instrumentos e dos procedimentos utilizados na aplicação dos mesmos. Assim, revelou-se necessário realizar pequenas alterações de conceitos no questionário de caracterização da amostra e foi possível determinar o tempo despendido na aplicação dos instrumentos de avaliação (20 a 30 minutos).

### **2.3.2 Protocolo da recolha de dados**

Como se pode ver na figura 2, o PPP existente no CHTS foi constituído por 12 sessões realizadas por uma equipa de saúde multidisciplinar (Fisioterapeuta, Enfermeiro, Nutricionista e Psicólogo), com componente teórico (sessões de educação) e prático (programa de exercícios específicos). A 1ª sessão realizou-se por um nutricionista abordando aspetos nutricionais durante a gestação. A 2ª sessão realizada por um psicólogo focou aspetos relacionados com as alterações emocionais decorrentes deste período e pós parto. A 3ª sessão e da 7ª à 12ª foram realizadas por um enfermeiro e um fisioterapeuta conjuntamente onde foram abordados aspetos relacionados com a preparação para o trabalho de parto e posturas corretas. A 4ª e 6ª sessão realizada por um Fisioterapeuta, individualmente, englobaram técnicas de relaxamento, posturas de alívio e exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. A 5ª sessão foi realizada por um enfermeiro que abordou os principais aspetos do momento do parto. Foram realizadas duas sessões por semana e cada sessão tinha a duração de 90 minutos, reunindo apenas as gestantes que se encontravam no último trimestre.

<b>1ª sessão</b> <b>Nutricionista</b> -Apresentação -Aspectos nutricionais -(pais)	<b>Psicóloga</b> -Aspectos emocionais -Puerperio/alta, depressão pós parto; -Rel. Casal/família -(pais)	<b>3ª sessão</b> <b>Enfermeira e Fisioterapeuta</b> -Desenvolvimento pré- natal e cuidados básicos na gravidez -Alterações posturais	<b>4ª sessão</b> <b>Fisioterapeuta</b> -Cuidados de bem estar e relaxamento -Técnicas e posturas de alívio de tensão -(pais) (Prática e exercícios)
<b>5ª sessão</b> <b>Enfermeira</b> -Trabalho de parto; -Período expulsivo -Sinais de alerta -Mala para a maternidade	<b>6ª sessão</b> <b>Fisioterapeuta</b> -Músculos do suporte do perineo (prática e exercícios)	<b>7ª sessão</b> <b>Enfermeira e Fisioterapeuta</b> -Aleitamento materno e artificial -Posturas para a amamentação (prática e exercícios)	<b>8ª sessão</b> <b>Enfermeira e Fisioterapeuta</b> -Filme -Cuidados ao RN -Estimulação precoce (prática e exercícios)
<b>9ª sessão</b> <b>Enfermeira e Fisioterapeuta</b> -Visita à sala de partos / internamento  (prática e exercícios)	<b>10ª sessão</b> <b>Enfermeira e Fisioterapeuta</b> -Indução do trabalho de parto -analgesia: epidural  (prática e exercícios)	<b>11ª sessão</b> <b>Enfermeira e Fisioterapeuta</b> -Puerperio -Legislação da maternidade e paternidade -Exercícios de flexibilização do perineo (prática e exercícios)	<b>12ª sessão</b> <b>Enfermeira e Fisioterapeuta</b> -Avaliação do curso -Revisões -Partilha de experiências -Dúvidas  (prática e exercícios)

**Figura 2:** Esquema das sessões do PPP que decorreu no CHTS

O questionário para caracterização da amostra foi administrado individualmente pelo Fisioterapeuta. Os dados relativamente às gestantes que frequentaram o PPP (CHTS) foram recolhidos no final das sessões do PPP com o Fisioterapeuta. A explicação dos objetivos do estudo e dos procedimentos relativos aos instrumentos de avaliação foi realizada sempre pelo mesmo investigador a cada uma das gestantes.

## 2.4 Ética

A aprovação ética para o presente estudo foi obtida nas instituições relevantes, CHTS e HSJ, permitindo a colaboração das grávidas no 3º trimestre que frequentavam o PPP e que recorriam à consulta de Obstetrícia para realização de ecografia obstétrica, respetivamente.

A todas as participantes foi pedido para assinar um consentimento informado segundo a Declaração de Helsínquia. Foram dadas todas as explicações acerca do estudo, garantida a confidencialidade dos dados e a oportunidade de recusarem a sua participação sem que dessa decisão adviesse qualquer prejuízo. Os pressupostos desta declaração foram igualmente considerados durante a análise e tratamento de dados.

Foi também enviado um pedido de autorização ao autor da validação do questionário PPAQ para a sua utilização, a qual foi concedida.

## **2.5 Estatística**

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 20.0 para o Windows. O nível de significância utilizado foi  $\alpha \leq 0,05$  (Intervalo de Confiança [IC] de 95%).

A normalidade das variáveis contínuas foi testada através do teste de Shapiro-Wilk ( $nGPP$  e  $nGNPP < 50$ ). Recorreu-se à estatística descritiva para caracterização da amostra, utilizando-se a frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) para as variáveis categóricas e a média (desvio padrão) ou mediana (desvio interquartil) para as variáveis contínuas. Para a comparação de médias entre os grupos utilizou-se o teste T-Student para amostras independentes. Para as variáveis que não apresentavam distribuição normal recorreu-se ao correspondente não paramétrico, Teste de Mann-Whitney. Nas variáveis categóricas utilizou-se o Teste de Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (quando apropriado).

## **3. Resultados**

### **3.1 Caracterização da amostra**

Pela análise da tabela 1, verificou-se que os grupos são homogêneos relativamente às variáveis estado civil ( $p=0,078$ ), estatuto profissional ( $p=0,308$ ), rendimento mensal ( $p=0,428$ ), IMC ( $p=0,068$ ) e desporto organizado antes da gravidez ( $p=0,337$ ) não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas entre estes.

Contudo, em relação às variáveis idade, nível educacional, nº de gestações e prática de desporto organizado durante a gravidez, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

No GPP, 81,4% das gestantes apresentavam idades entre os 18 e os 30 anos, enquanto no GNPP apenas 40% se encontrava nesta faixa etária, ( $p<0,001$ ), (tabela 1).

Relativamente ao nível educacional, aproximadamente 49% das gestantes com grau académico secundário e 32% com grau universitário frequentou o PPP. No GNPP, 62,5% tinham um nível educacional igual ou inferior ao obrigatório, ( $p<0,001$ ), (tabela 1).

No que diz respeito ao número de gestações no GPP 86% eram primigestas comparativamente a 30% no GNPP, ( $p<0,001$ ), (tabela 1).

Relativamente à prática de desporto organizado durante a gravidez, 21,4% pertencia ao GPP, No GNPP apenas 2,6% o referiram, ( $p<0,001$ ), (tabela 1).

**Tabela 1:** Caraterização descritiva da amostra

	N	Total n(%)	Preparação para a parentalidade		Valor p
			GPP (n=43) n(%)	GNPP (n=40) n(%)	
<b>Idade (anos)</b>	83				
[18, 30]		51(61,4)	35(81,4)	16(40,0)	<0,001**
[31, 40]		32(38,6)	8(18,6)	24(60,0)	
<b>Nível educacional</b>	81*				
≤ 9º ano		33(40,7)	8(19,5)	25(62,5)	<0,001**
10º ano-12º ano		29(35,8)	20(48,8)	9(22,5)	
>12º ano		19(23,5)	13(31,7)	6(15,0)	
<b>Estado Civil</b>	82*				
Casado/ União de facto		65(79,3)	34(81,0)	31(77,5)	0,788
Solteiro/ Divorciado		17(20,7)	8(19,0)	9(22,5)	
<b>Estatuto Profissional</b>	82*				
Empregado /Estudante		62(75,6)	34(81,0)	28(70,0)	0,308
Desempregado		20(24,4)	8(19,0)	12(30,0)	
<b>Rendimento Mensal (€)</b>	78*				
<500		14(17,9)	7(17,9)	7(17,9)	0,428
[500 -1250[		41(52,6)	18(46,2)	23(59,0)	
≥1250		23(29,5)	14(35,9)	9(23,1)	
<b>IMC pré-gestacional</b>	78*				
Peso normal		47(60,3)	27(71,1)	20(50,0)	0,068
Excesso de peso/ Obesidade		31(39,7)	11(28,9)	20(50,0)	

<b>Número de Gestações</b>	83				
Primigesta	49(59,0)	37(86,0)	12(30,0)	<0,001**	
Multigesta	34(41,0)	6(14,0)	28(70,0)		
<b>Desporto Organizado antes gravidez</b>	83				
Sim	23(27,7)	14(32,6)	9 (22,5)	0,337	
Não	60(72,3)	29(67,4)	31(77,5)		
<b>Desporto Organizado durante a gravidez</b>	80*				
Sim	10(12,5)	9(21,4)	1(2,6)	0,016**	
Não	70(87,5)	33(78,6)	37(97,4)		

\*\*p < 0,05; \* não se obteve resposta; IMC - Índice de massa corporal

### 3.2 Níveis de intensidade e tipo de AF segundo a frequência no PPP

Mediante a análise da tabela 2, relativamente aos níveis de intensidade de AF, segundo a frequência no PPP, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à AF total (p=0,615), sedentária (p=0,383), ligeira (p=0,693) e moderada (p=0,626). O GPP revelou uma prática maior de AF vigorosa em relação ao GNPP, havendo diferenças estatisticamente significativas entre estes (p=0,023). No entanto, este valor não foi suficiente para influenciar o score da AF total (dados não apresentados).

**Tabela 2.** Níveis de intensidade (MET.h.s<sup>-1</sup>) e tipo de AF segundo a frequência no PPP

	GPP	GNPP	Valor p
<b>Intensidade</b>			
Total <sup>a, b</sup>	194,4(89,42)	206,5(126,4)	0,615
Sedentária <sup>c, d</sup>	35,9(54,78)	33,1(61,47)	0,383
Ligeira <sup>a, b</sup>	94,7(40,64)	98,7(51,02)	0,693
Moderada <sup>c, d</sup>	31,8(60,85)	25,6(99,77)	0,626
Vigorosa <sup>c, d</sup>	0,0(1,63)	0,0(0,0)	0,023**
<b>Tipo</b>			
Doméstica <sup>c, d</sup>	92,1(61,25)	88,2(72,58)	0,953
Ocupacional <sup>c, d</sup>	0,0(80,54)	89,3(103,12)	0,002**
Desporto/Exercício <sup>c, d</sup>	9,2(8,52)	1,8(7,73)	<0,001**
Lazer excepto Desporto <sup>c, d</sup>	21,5(29,01)	21,2(30,32)	0,587
Deslocação <sup>c, d</sup>	69,7(15,09)	12,3(14,00)	0,051

\*\*p < 0,05; <sup>a</sup> média (desvio padrão); <sup>b</sup> teste t amostras independentes; <sup>c</sup> mediana(desvio interquartil); <sup>d</sup> teste de Mann-Whitney

Relativamente ao tipo de AF segundo a frequência nos PPP, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na atividade ocupacional (p=0,002) sendo que o GNPP apresentou um score mais elevado relativamente a este item, (tabela 2).

Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas (p<0,001) entre os dois grupos relativamente à AF desportiva, sendo que o GPP apresentou um valor mais elevado para a prática desta atividade (tabela 2).

Uma vez que o score total do grupo Desporto/Exercício apresenta uma questão (número 27 do PPAQ) relacionada com o tempo despendido no PPP, fez-se a análise desta variável sem a inclusão da variável PPP, verificando-se que as diferenças continuavam a ser estatisticamente significativas (GPP:3,7 (6,73) vs. GNPP: 1,8 (7,73),p=0,024), (tabela 2).

### 3.3 A relação entre o PPP e os níveis de ansiedade

Analisando a tabela 3, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (p=0,916) no que diz respeito à ansiedade. No GPP 70,7% das gestantes revelou não estar ansiosa assim como 71,8% do GNPP.

**Tabela 3:** Relação entre os níveis de ansiedade com a frequência nos PPP

	Total (n=50)	GPP n (%)	GNPP n (%)	Valor p
<b>Ansiedade</b>				
Não ansiosa	57 (71,2)	29 (70,7)	28 (71,8)	0,916#
Ansiosa	23 (28,8)	12 (29,3)	11 (28,2)	

#Teste exacto de Fisher

## 4 Discussão

Este estudo pretendeu investigar a relação entre a preparação para a parentalidade e os níveis de AF das gestantes no 3º trimestre de gravidez, bem como as suas características sociodemográficas e nível de ansiedade.

Um número superior de mulheres jovens frequentou este programa, o que pode estar relacionado com o número de gestações. O GPP apresentou uma percentagem maior de primigestas, o que corrobora com a revisão sistemática efetuada por Gaston & Camp

(2011) que refere que o facto da mulher ter pelo menos um filho diminui a sua disponibilidade. As primigestas têm uma maior tendência a serem ativas comparativamente às mulheres que estão na segunda gravidez ou subsequente. O facto de terem uma ou mais crianças em casa para cuidar, bem como o horário a que se realizavam as sessões, pode influenciar negativamente a sua participação, criando barreiras como a falta de tempo e o cansaço (Cramp & Bray, 2009). Para além disto, as múltiparas poderiam já ter frequentado o PPP em gestações anteriores e pela sua experiência não o consideraram importante, o que pode justificar o facto da maior proporção destas se encontrar no GNPP.

Os resultados obtidos mostraram, também, que o nível educacional influenciou a participação no PPP, sendo que GNPP apresentou uma percentagem superior de gestantes com nível educacional igual ou inferior ao obrigatório, o que poderá estar relacionado com o facto de terem trabalhos precários com menor flexibilidade de horários. Um baixo nível educacional pode afetar a aquisição de conhecimentos acerca dos benefícios do PPP e AF durante a gestação (Gaston & Camp, 2011). Como tal, Svensson, Barclay & Cooke (2008) recomendam que devem ser examinadas as necessidades dos grupos minoritários e que as sessões de preparação para a parentalidade devem ser desenvolvidas com base nas mesmas.

Verificou-se também, que para rendimentos elevados, a proporção de gestantes no GPP era superior ao GNPP. Segundo Peterson, Leet & Brownson (2005), existe, uma relação forte entre o rendimento mensal e a participação neste tipo de programas, sendo que, quanto mais baixo o rendimento mensal, menor a procura destes. Contudo, o PPP que decorre no CHTS é gratuito, pelo que este fator não deveria ser uma condicionante à participação das gestantes, a não ser que tivessem custos elevados com a deslocação para o mesmo.

Segundo Cleland et al (2010), grupos desfavorecidos socioeconomicamente, com baixa educação, trabalhos precários ou desempregados possuem um risco acrescido de serem inativos durante o tempo de lazer. A falta de informação e de oportunidade em manter um estilo de vida ativo poderá reduzir os benefícios que estes programas como promotores de saúde oferecem, durante o período gestacional.

Um outro aspeto relevante é o facto de o GPP apresentar uma percentagem maior de gestantes que praticavam desporto organizado antes da gravidez e durante este período. Segundo Turan & Say (2003), as gestantes que praticam AF possuem um maior número de

características psicológicas, nomeadamente autoconfiança, capacidade de aprendizagem e autonomia que as motivam a participar nos PPP.

A prática de AF durante a gravidez depende dos níveis de exercício antes deste período pois, segundo um estudo de Hegaard, et al (2011), as mulheres que eram fisicamente ativas antes da gravidez continuavam a praticar elevados níveis de AF neste período. No entanto, o número de mulheres com prática de desporto organizado diminuiu após a gravidez, o que vai de encontro ao estudo de Gaston & Cramp (2011), que refere que percentagem de mulheres ativas durante este período tem tendência a diminuir pelo facto da AF de intensidade elevada ser desconfortável e difícil de executar.

Verificou-se não existir associação entre AF total, sedentária, ligeira e moderada e a participação no PPP. No entanto, o GPP apresentou um score total de AF vigorosa maior. Isto pode dever-se a fatores como idade, IMC antes da gravidez, nível de escolaridade e tipo de prática desportiva antes deste período tal como reportam Hegaard et al (2011).

O score maior de atividade ocupacional pertenceu ao GNPP. O facto de muitos PPP serem realizados dentro do horário laboral, poderá levar a que muitas gestantes não tenham oportunidade de participar pelo facto de estarem a trabalhar. Segundo Peterson, Leet & Brownson, 2005, as mulheres desempregadas têm mais disponibilidade para praticar AF do que as que estão empregadas.

O GPP apresentou um score maior de AF desportiva relativamente ao GNPP. O grupo Desporto/Exercício apresenta uma questão (número 27) relacionada com o tempo despendido no PPP, o que pode constituir um viés de confundimento. Como tal, fez-se a análise desta variável sem a inclusão da variável PPP, verificando-se que as diferenças continuavam a ser estatisticamente significativas. Posto isto, parece que não existe relação entre a AF e o PPP, uma vez que, pela análise do conteúdo das sessões deste, verificou-se que a AF não integra o conteúdo programático. Segundo Svensson, Barclay & Cooke, (2006), o facto de estes programas estarem apenas confinados ao 3º trimestre de gravidez limita a abordagem de novos conteúdos pela falta de tempo. Além disso, a AF é um comportamento que deve ser estimulado numa fase mais precoce, uma vez que devido às inúmeras alterações fisiológicas do 3º trimestre, este não será o período ideal para o adquirir. No entanto, este é o período em que a maior parte das gestantes têm disponibilidade pelo facto de já não se encontrarem a trabalhar.



Pelos benefícios anteriormente descritos da prática de AF durante a gravidez, seria pertinente a sua abordagem durante as sessões de forma a incentivar as gestantes à sua prática. Como tal, caberá ao Fisioterapeuta enquanto profissional de saúde direcionado para o movimento funcional, assumir um papel preponderante nesta área.

Não se observou relação entre os níveis de ansiedade e a preparação para a parentalidade nos dois grupos. No entanto, segundo Consonni et al (2010), a participação neste tipo de programas parece ser benéfica pois representa uma oportunidade durante a qual os sentimentos vividos na gravidez podem ser partilhados, atenuando as dúvidas existentes, principalmente nas primigestas. Segundo Turan & Say (2003), gestantes que participam neste tipo de programas estão muito motivadas a cuidar dos seus filhos sendo possível que este lhes transmita auto-confiança, apoio e a informação necessária para uma gravidez e puerpério de sucesso, fazendo com que diminuam os sentimentos de ansiedade propícios neste período.

Segundo Norman, Sherburn, Osborne & Galea (2010), a preparação para a parentalidade administrada por profissionais de saúde oferece uma forma potencialmente rentável de melhorar o bem-estar das futuras mães proporcionando-lhes novas aprendizagens, o desenvolvimento de relações inter-pessoais e a oportunidade de adoptar comportamentos saudáveis no puerpério. Contudo, estes precisam de uma reestruturação em termos de número de sessões oferecidas, tempo, estrutura, processo e objetivos (Sveinsson, Barclay & Cooke, 2008).

O facto de só ter havido um momento de avaliação pode constituir uma limitação a este estudo, pois apesar de este ser um estudo observacional com o objetivo de analisar a relação entre a preparação para a parentalidade e os níveis de AF da gestante através da diferença entre dois grupos, seria interessante fazer um estudo experimental onde fossem avaliados os níveis de AF antes e após um PPP em que esta fosse contemplada tal como remetem as recomendações da *ACSM* e *ACOG* para verificar qual a sua influência nestes.

## **5 Conclusão**

No grupo PPP um maior número de gestantes praticava atividade física desportiva e de intensidade vigorosa. Verificaram-se diferenças entre os dois grupos no que diz respeito à idade, paridade e nível educacional. Não se verificou associação entre o PPP e os níveis de ansiedade durante este período.

## 6 Agradecimentos

À minha amiga Sandra Silva pela leitura e revisão do texto.

À minha família por toda a ajuda que me prestou.

A todas as participantes neste estudo.

A todos (as) os colegas que me ajudaram na recolha e tratamento dos dados.

## Referências Bibliográficas

- Bouchard, C. & Shephard, R.J. (1993). Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. *Champaign, IL, Human Kinetics*; 11-20.
- Camp, A. & Bray, S. (2009). A prospective examination of exercise and barrier self-efficacy to engage in leisure time exercise during pregnancy. *Ann Behav Med*; 37: 325-334.
- Chasan-Taber, L., Schmidt, M.D., Roberts, D.D.E., Hosmer, D., Markenson, G., & Freedson, P.S. (2004). Development and Validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire. *Med Sci Sports Exerc*, 36(10), 1750-1760.
- Cleland, V., et al (2010). Individual, social and environment correlates of physical activity among women living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods. *Social Science & Medicine*, 70, 2011-2018.
- Cleland, V., Ball, K. & Crawford, D. (2012). Socioeconomic position and physical activity among women in Melbourne, Australia: does the use of different socioeconomic indicators matter? *Social Science and Medicine*, 74, 1578-1583.
- Consonni, E.B., et al (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*, 7:28.
- Evenson, K. R. & Bradley, C.B. (2010). Beliefs about exercise and physical activity among pregnant women. *Patient Education and Counseling*, 79, 124-129.
- Ezmerli, N.M. (2000). Exercise in pregnancy. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 7(6), 260-265.
- Gaston, A. & Cramp, A. (2011). Exercise during pregnancy: A review of patterns and determinants. *J Sci Med Sport*, 580, 1-7. doi:10.1016/j.jsams.2011.02.006
- Gil, J. (2011). Medição e avaliação em fisioterapia. *Saúde & Tecnologia*, 6, 5-9.
- Gunderson, E.P. & Abrams, B. (1999). Epidemiology of gestational weight gain and body weight changes after pregnancy. *Epidemiologic Reviews*, 21: 261-275
- Hegaard, H.K., et al (2011). Sports and leisure time physical activity during pregnancy in nulliparous women. *J Matern Child Health*, 15: 806-813.
- Kac, G. (2001). Determinants of postpartum weight gain retention: a literature review. *Cad. Saúde Pública*, 17 (3), 455-466.
- Matsudo, V.K.R. & Matsudo, S.M.M. (2000). Atividade física e desportiva na gravidez. A grávida. São Paulo: Tedesco JJ, 59-81.
- Melzer, K., et al (2010). Effects of recommended levels of physical activity on pregnancy outcomes. *Am J of Obstet Gynecol*, 266, 1-6.

- Mudd, L.M., Nechuta, S., Pivarnik, J.M. & Paneth, N. (2009). Factors associated with women's perceptions of exercise safety during pregnancy. *Prev Med*, 49, 194-199.
- Norman, E., Sherburn, M., Osborne, R.H. & Galea, M.P. (2010). An exercise and education program improves well-being of new mothers: a randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 90(3), 348-355.
- Peterson, A., Leet, T. & Brownson, R. (2005). Correlates of exercise among pregnant women in the United States. *Med Sci Sport Exer*, 37: 1748-53.
- Portney, L.G. & Watkins, M.P. (1993). *Foundations of clinical research: Applications to practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Renkert, S. & Nutbeam, D. (2006). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 16 (4), 381-388.
- Schluskel, M.M., Souza, E.B., Reichenheim, M.E. & Kac, G. (2008). Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: a systematic literature review. *Cad. Saúde Pública*, 24 (4), 531-534.
- Serra, A.V., Ponciano, E. & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação da ansiedade de Zung numa amostra da população portuguesa-I-Resultados da aplicação numa amostra da população normal. *Psiquiatria clínica*, 3 (4), 191-202.
- Simas, T., A., Liao, X., Garrison, A., Sullivan, G.M., Howard, A.E., & Hardy, J.R. (2011). Impact of updated Institute of Medicine guidelines on prepregnancy body mass index categorization, gestational weight gain recommendations, and needed counseling. *J Women Health (Larchmt)*, 20 (6), 837-844.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. (2006). Antenatal education as perceived by health professionals. *Journal of Perinatal Education*, 16(1), 9-15.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. (2008). Effective antenatal education: strategies recommended by expectant and new parents. *Journal of Perinatal Education*, 17(4), 33-42.
- Turan, J.M. & Say, L. (2003). Community based antenatal education in Istanbul, Turkey: effects on health behaviours. *Health Policy and Planning*, 18 (4), 391-398.
- Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychomatics*. United States: 12, 371-379.